

Colopathie fonctionnelle

Pr Philippe DUCROTTÉ

Département d'hépatogastroentérologie et de nutrition
CHRU, hôpital Charles-Nicolle
76031 Rouen Cedex
philippe.ducrotte@chu-rouen.fr

Points Forts à comprendre

- La colopathie fonctionnelle (ou mieux, le syndrome de l'intestin irritable) est une maladie multifactorielle impliquant une hypersensibilité viscérale et des anomalies de la motricité grêlo-colique, influencées par les stress et des facteurs psychologiques.
- Il n'existe aucun marqueur biologique spécifique : le syndrome de l'intestin irritable demeure donc un diagnostic d'exclusion, reposant en particulier sur la normalité de la coloscopie longue.
- Les examens diagnostiques doivent être limités au maximum pour éviter d'entretenir la demande de malades souvent très consommateurs de soins.
- À côté des traitements classiques actuels (antispasmodiques, laxatifs, anti-diarrhéiques...), le développement de médicaments agissant sur la sensibilité viscérale est l'objet de la recherche thérapeutique actuelle.
- Une prise en charge psychologique est particulièrement nécessaire chez les malades exposés à des stress réguliers ou ayant dans leur histoire des événements de vie douloureux.

La colopathie fonctionnelle, encore appelée trouble fonctionnel intestinal (TFI) ou surtout syndrome de l'intestin irritable (SII), est une affection fréquente, dont la prévalence dans la population générale se situe entre 4 à 20 %, en fonction des critères de définition qui sont adoptés. Si l'affection n'engage pas le pronostic vital, elle occasionne une importante demande de soins, car elle altère significativement et de façon chronique la qualité de vie des malades qui en souffrent. Des progrès récents sont intervenus dans la compréhension de la physiopathologie des symptômes ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques.

DIAGNOSTIC

■ Présentation clinique

La prépondérance féminine de l'affection est bien établie (2 femmes pour 1 homme). La situation clinique habituelle est donc celle d'une femme qui consulte pour des douleurs abdominales chroniques, associées à des troubles du transit, une constipation, une diarrhée ou alternance des deux. Le diagnostic est établi en général entre 30 et 40 ans, mais l'âge réel de début des symptômes est habituellement plus précoce. Un début plus tardif de la symptomatologie, vers 50-60 ans, est plus rare.

• **La douleur est le maître symptôme du syndrome de l'intestin irritable** et le principal motif de consultation, avec le ballonnement abdominal. Dans les définitions, elle doit être chronique et évoluer depuis au moins 3 mois (tableau I). Classiquement à type de spasme, elle siège

TABLEAU I

Critères diagnostiques du syndrome de l'intestin irritable*

Critères de Manning (1978)

Douleur abdominale chronique depuis au moins 6 mois associée à au moins 2 des signes suivants :

- douleur soulagée par la défécation
- augmentation de la fréquence des selles au début des douleurs
- selles plus liquides quand douleurs
- distension abdominale
- mucus dans les selles au moins 25 % du temps
- évacuation incomplète au moins 25 % du temps

Critères de Rome II (1999)

Douleur ou inconfort de l'abdomen survenu(e) au moins pendant 12 semaines au cours des 12 derniers mois, en association avec au moins 2 des 3 caractéristiques suivantes :

- soulagement par la défécation
- changement de fréquence des selles (augmentation ou réduction)
- changement de consistance des selles (plus dures ou plus molles)

* Entre 1978 et 1999, les critères se sont modifiés du fait de l'introduction d'une notion de durée et de fréquence de survenue minimales des symptômes pour le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable. Les critères actuels (Rome II) sélectionnent un sous-groupe de malades, souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable plus sévère par rapport aux malades identifiés par les critères de Manning, qui visaient davantage à distinguer les patients souffrant d'une pathologie fonctionnelle de ceux porteurs d'une affection organique.

le plus souvent au niveau des fosses iliaques, droite et (ou) surtout gauche ou de l'hypogastre. Elle peut être aussi de topographie épigastrique, se localiser dans l'un des deux hypocondres ou dessiner le cadre colique. La douleur est volontiers matinale (douleur réveille-matin) ou post-prandiale et disparaît la nuit. Son évolution est souvent intermittente, par crises de quelques heures à quelques jours. Elle est classiquement soulagée par l'émission de gaz et (ou) de selles, augmentée par le stress ou une anxiété et elle est calmée par les périodes de repos, notamment les vacances. Souvent, les malades décrivent une douleur plus diffuse, en général à type de brûlure, quasi continue, pouvant exister la nuit, même pendant le sommeil, qui est généralement perturbé chez ce type de malades.

• **Le second grand motif de consultation est le ballonnement abdominal** qui est parfois difficile à différencier d'une douleur. Ce ballonnement peut être une simple gêne qui rend pénible le port de vêtements ajustés, en particulier après les repas. Au maximum, il s'agit d'une tension permanente, difficilement supportable. Comme la douleur, le ballonnement est souvent transitoirement amélioré par l'émission de gaz et (ou) de selles.

• **Les autres grands types de symptôme caractérisant le syndrome de l'intestin irritable sont les troubles du transit.** Dans les critères de définition actuels (Rome II), ils doivent survenir au moins pendant 25 % du temps (tableau I). La constipation, classiquement définie par un nombre de selles hebdomadaires inférieur à 3, est la plus habituelle. Elle peut être entrecoupée de selles liquides évocatrices d'une fausse diarrhée car précédées par l'émission de scybales, « bouchon » de selles dures. La diarrhée est habituellement faite de plusieurs selles liquides, uniquement diurnes, souvent matinales et post-prandiales. Le besoin impérieux et la présence de résidus alimentaires, notamment végétaux, sont 2 éléments qui, avec la survenue post-prandiale, caractérisent une diarrhée de type moteur. Une alternance diarrhée-constipation est également possible.

• **L'association nécessaire d'une douleur abdominale et d'un trouble du transit pour définir le syndrome de l'intestin irritable** permet de le distinguer de la constipation fonctionnelle idiopathique indolore et de la diarrhée fonctionnelle indolore, qui sont considérées comme des entités physiopathologiques différentes.

La symptomatologie fonctionnelle peut s'enrichir de signes digestifs hauts et de symptômes extradigestifs qui sont listés dans le tableau II.

■ Conduite diagnostique pratique

La clinique et notamment l'interrogatoire jouent un rôle important pour le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable qui est évoqué sur 3 arguments : existence de troubles digestifs chroniques évoluant depuis au moins 3 mois, absence d'altération de l'état général (en particulier absence d'amaigrissement) et normalité de l'examen clinique.

TABLEAU II

Manifestations extra-intestinales au cours du syndrome de l'intestin irritable

Symptômes digestifs hauts

- pyrosis
- pesanteur épigastrique post-prandiale
- sensation de vidange gastrique ralentie
- satiété précoce

Symptômes extradigestifs

- gynécologiques :
dysménorrhée, dyspareunie, baisse de la libido
- urinaires :
mictions impérieuses, pollakiurie, brûlures urinaires
avec examen cytotactériologique des urines (ECBU) négatif
- musculaires :
fibromyalgie, dorsalgies
- Autres :
asthénie, céphalées

L'examen clinique est habituellement sans particularité. La palpation abdominale peut réveiller la douleur, notamment au niveau des fosses iliaques. Un segment colique douloureux (corde colique) est parfois perceptible dans la région sigmoïdienne. La sensation pénible de ballonnement contraste souvent avec un abdomen plat. En l'absence de marqueur biologique spécifique, le syndrome de l'intestin irritable, évoqué sur la clinique, demeure un diagnostic d'élimination, établi sur la normalité des explorations complémentaires. La difficulté du clinicien est d'arriver à éliminer certains diagnostics en évitant une cascade d'examen complémentaires dont le coût n'est pas négligeable et qui entretiennent l'importante demande de soins de la part de malades souvent très anxieux. La liste des principales affections pouvant simuler un syndrome de l'intestin irritable est donnée dans le tableau III.

Quelques tests biologiques simples (numération et formule sanguines, vitesse de sédimentation, protéine C-réactive) peuvent être utiles pour aider à la décision de réaliser ou non des explorations morphologiques. Un examen parasitologique des selles, réalisé sur 3 jours non consécutifs, est également pertinent dans le cadre d'un premier bilan des symptômes. Le diagnostic d'élimination du syndrome de l'intestin irritable repose avant tout sur la normalité de la coloscopie qui doit être pratiquée de principe au-delà de 50 ans, surtout en cas d'antécédent familial de cancer ou de polype colique, mais aussi en cas d'aggravation ou de modification de la symptomatologie douloureuse abdominale et (ou) des troubles du transit. Il est par contre inutile de pratiquer de 1^{re} intention une coloscopie chez un sujet jeune (20 à 30 ans) sans antécédent familial particulier de pathologie intestinale.

TABLEAU III

Principaux diagnostics différentiels à discuter devant un tableau de syndrome de l'intestin irritable

Type de syndrome de l'intestin irritable	Autres causes à envisager	Signes associés	Tests diagnostiques
Syndrome de l'intestin irritable + diarrhée ou constipation	■ tumeur colique ou rectale	■ rectorragies ■ état général altéré	■ coloscopie (avec biopsies)
Syndrome de l'intestin irritable + diarrhée	■ hyperthyroïdie	■ thyrotoxicose	■ T4, TSH ultrasensible
	■ carcinome médullaire de la thyroïde	■ tumeur cervicale + adénopathies	■ calcitoninémie
	■ syndrome carcinoïde	■ flushs, cardiopathie, signes respiratoires	■ sérotoninémie ■ 5 HIAA urinaires
	■ médicaments		■ anamnèse : laxatifs, antibiotiques
	■ maladie de Crohn	■ arthrites ■ uvéite ■ érythème noueux	■ coloscopie ■ transit du grêle
Syndrome de l'intestin irritable + diarrhée et ballonnement	■ intolérance au lactose		■ régime sans lactose ■ test respiratoire
	■ maladie cœliaque	■ stéatorrhée ■ hyposidérémie	■ biopsie duodénale ■ Ac anti-gliadine ■ Ac anti-endomysium ■ régime sans gluten

Au terme des explorations morphologiques (coloscopie et échographie abdominale le plus souvent), il est également important d'éviter le piège d'attribuer les symptômes d'un syndrome de l'intestin irritable à des lésions organiques asymptomatiques, comme une lithiase vésiculaire asymptomatique ou une diverticulose colique. L'étude des mécanismes physiopathologiques (v. *infra*) n'a pour l'instant pas démontré son utilité pour améliorer la prise en charge des patients.

PHYSIOPATHOLOGIE

Beaucoup de travaux récents ont eu pour objectif de mieux comprendre le mécanisme physiopathologique des symptômes dans le but de proposer au malade un traitement adapté. Ces études ont permis de faire évoluer la compréhension de la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable et d'ouvrir récemment de nouvelles perspectives thérapeutiques. L'accent avait été mis initialement sur les troubles de la motricité. Actuellement, les troubles de la sensibilité viscérale avec un dysfonctionnement des relations entre tube digestif et cerveau (le *gut-brain axis* des Anglo-Saxons) sont mis en avant.

■ Troubles de la motricité

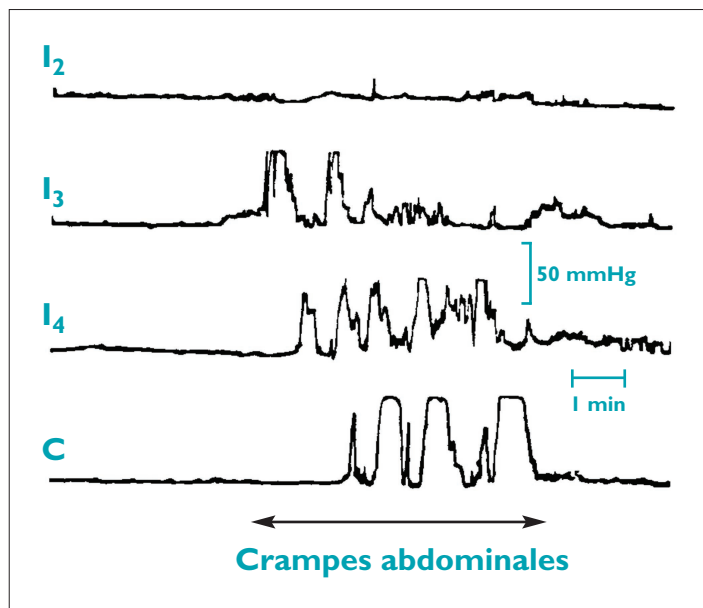
Les troubles du transit et les perturbations de l'évacuation rectale suggéraient l'existence de troubles de la motricité. Des perturbations motrices ont été décrites à la fois au niveau de l'intestin grêle et du côlon avec, dans certaines situations, la démonstration d'une coïncidence entre anomalies motrices et symptômes. La démonstration de troubles non limités au côlon rend la terminologie « colopathie fonctionnelle » impropre et explique l'introduction du terme « syndrome de l'intestin irritable ».

Au niveau de l'intestin grêle, les troubles de la motricité concernent à la fois la motricité interdigestive et postprandiale. Ils ont été surtout observés chez les malades diarrhéiques. La motricité interdigestive normale du grêle se caractérise par la survenue cyclique de complexes moteurs migrants, dont l'élément le mieux identifié est la phase III, train d'ondes propagées le long du grêle et qui propulse le contenu luminal sur une grande distance. Chez les malades souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable avec diarrhée, les phases III sont plus nombreuses et 2 fois plus souvent propagées jusque dans l'iléon. Cette incidence accrue des phases III a été une des explications apportées au raccourcissement du temps de



1 Exemple de salves de contractions rythmiques réalisant un rythme minute sur un tracé manométrique duodéno-jéjunal au cours du syndrome de l'intestin irritable. Ce type d'anomalie motrice, parfois déclenché par le stress, peut être associé à un inconfort abdominal.

transit oro-cæcal observé chez les malades diarrhéiques alors qu'en cas de syndrome de l'intestin irritable avec constipation, le temps de transit est soit non différent, soit plus lent que celui des sujets contrôles. Les autres phénomènes moteurs grêliques évocateurs d'un syndrome de l'intestin irritable sont de courtes salves de contractions, rythmiques, survenant typiquement toutes les minutes (rythme minute) [fig. 1] et des contractions iléales de grande amplitude et propagées dans le cæcum. De telles contractions iléales sont contemporaines dans plus de 60 % des cas de crampes abdominales (fig. 2).



2 Exemple de contractions iléales de grande amplitude qui peuvent être associées à la survenue de crampes abdominales au cours du syndrome de l'intestin irritable.

Dans le côlon, les anomalies motrices sont moins nettes. Aucune anomalie des ondes lentes et de la motricité basale n'a été clairement identifiée. Les perturbations motrices coliques s'observent surtout après la prise d'un repas. Par rapport à un groupe contrôle, certains patients atteints de syndrome de l'intestin irritable, en particulier les diarrhéiques, ont une réponse motrice rectosigmoïdienne à l'alimentation plus marquée et (ou) anormalement prolongée. Inversement, d'autres malades ont plutôt une réponse colique à l'alimentation anormalement faible.

Avec l'alimentation, le stress peut être un second facteur déclenchant des troubles de motricité. Des salves de contractions jéjunales, comparables à celles de la fig. 1, ont été observées lors d'enregistrements ambulatoires, pendant des périodes de stress. Leur survenue a été souvent contemporaine de douleurs abdominales. De telles anomalies ne sont pas spécifiques d'un sous-groupe de syndrome de l'intestin irritable. Comme au niveau du grêle, le stress, en particulier lorsqu'il est psychologique, stimule davantage la motricité colique au cours du syndrome de l'intestin irritable que dans une population contrôle.

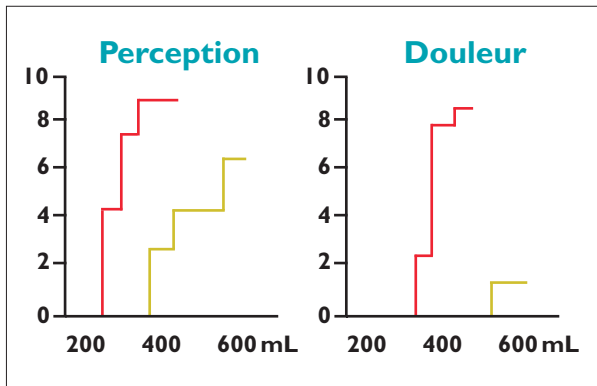
Récemment, des troubles moteurs susceptibles d'expliquer la rétention des gaz intestinaux ont été mis en évidence chez beaucoup de patients souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable, lors d'épreuves de perfusion intestinale. Ces épreuves étaient réalisées avec un mélange gazeux composé d'azote, de gaz carbonique et d'oxygène dans des proportions comparables à celles calculées dans le sang veineux. Lors de ces épreuves, la rétention gazeuse reproduisait la sensation de distension abdominale signalée spontanément par les malades.

Les troubles de la motricité digestive ne peuvent résumer la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable. Leur présence est inconstante tout comme leur coïncidence avec les symptômes, notamment les douleurs abdominales. De plus, les médicaments destinés à corriger ces troubles moteurs peuvent améliorer les troubles du transit mais n'ont en général qu'une faible efficacité sur les douleurs abdominales.

■ Troubles de la sensibilité

L'accent a donc été mis sur les troubles de la sensibilité viscérale au cours du syndrome de l'intestin irritable. Chez quelques malades, essentiellement des constipés, il s'agit d'une hyposensibilité. Mais les troubles de la sensibilité impliqués dans la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable sont avant tout représentés par une hypersensibilité viscérale qui paraît jouer un rôle clé dans la genèse de la douleur. Elle concernerait au moins 60 % des malades.

L'hypothèse physiopathologique de l'hypersensibilité est déjà ancienne : elle avait été avancée dès 1973 par la démonstration que la distension rectale avec un ballonnet déclenchait une douleur chez 55 % des patients souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable alors que le même volume de distension n'était perçu douloureusement que par 6 % des contrôles. Des études plus récentes ont



3 Différences dans les seuils de perception et de douleur lors des distensions entre malades souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable (—) et sujets sains (—). Les figures indiquent le nombre de sujets symptomatiques (perception d'une distension, douleur) pour les différents volumes.

confirmé qu'une hypersensibilité existe chez une majorité de malades souffrant de syndrome de l'intestin irritable (fig. 3) et qu'il s'agit d'une hypersensibilité vraie puisque l'abaissement du seuil douloureux lors d'un test de distension s'observe indépendamment de toute modification des propriétés mécaniques de la paroi digestive. La topographie plus large et (ou) inhabituelle de la zone douloureuse lors des distensions, par rapport à celle décrite par des témoins, a été un argument supplémentaire en faveur d'un trouble sensitif.

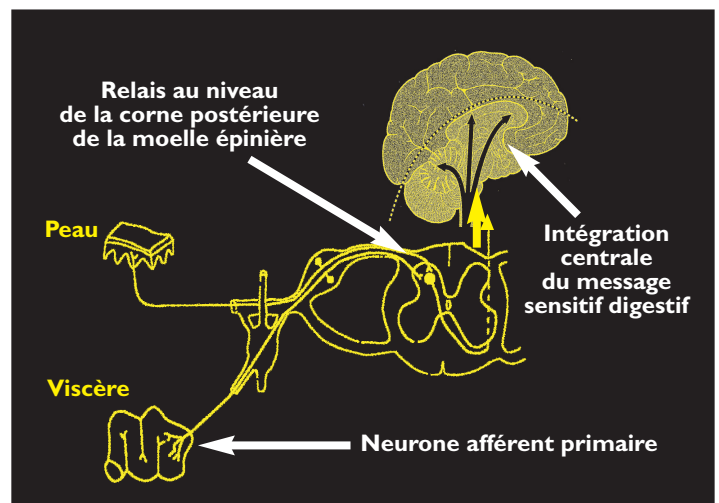
Le trouble de la sensibilité concerne spécifiquement la sensibilité viscérale. En effet, il n'existe pas d'hypersensibilité somatique au cours du syndrome de l'intestin irritable. Les stimulations électriques intraluminales ou transcutanées sont perçues de façon non différente entre syndrome de l'intestin irritable et contrôles. L'hypersensibilité viscérale n'est pas constamment limitée au seul tube digestif. Ainsi, une prévalence anormalement élevée d'hyperactivité bronchique à un stimulus inhalé a été mise en évidence au cours du syndrome de l'intestin irritable.

L'hypersensibilité est-elle caractéristique d'un profil symptomatique particulier de syndrome de l'intestin irritable ? La réponse n'est pas définitive mais l'hypersensibilité, en particulier rectale, serait plutôt le fait du syndrome de l'intestin irritable à forme diarrhéique où la sensation de gaz, de besoin exonérateur ou d'inconfort survient, lors de la distension du rectum par un ballon, pour des volumes plus faibles. À l'inverse, le seuil de sensibilité rectale à la distension serait plus haut dans les syndromes de l'intestin irritable avec constipation que chez les sujets contrôles.

L'origine de l'hypersensibilité demeure mal comprise. Plusieurs mécanismes, éventuellement associés, sont envisagés (fig. 4). Il pourrait s'agir d'un processus nerveux périphérique, avec une sensibilisation des neurones afférents primaires de la paroi digestive et la mise en jeu de récepteurs nociceptifs pariétaux normalement silencieux. Il pourrait

également s'agir d'une hyperexcitabilité des neurones de la corne postérieure de la moelle amplifiant les messages sensitifs d'origine digestive ou, comme le suggèrent les nouvelles techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle, d'un trouble de l'intégration des messages sensitifs d'origine digestive au niveau central, supra-spinal (fig. 4). Dans l'hypersensibilité périphérique, les mastocytes pariétaux digestifs, situés au contact des terminaisons sensitives, semblent jouer un rôle clé. Par le biais de médiateurs comme l'histamine, la sérotonine ou certaines cytokines, ces mastocytes abaissent le seuil de sensibilité des neurones afférents. Dans certains cas, l'implication des mastocytes découlerait d'une inflammation muqueuse initiale. Chez l'homme, 20 à 30 % des patients souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable voient leurs symptômes apparaître dans les suites d'une gastro-entérite aiguë. L'inflammation favoriserait l'hypersensibilité par 2 mécanismes : le recrutement de récepteurs nociceptifs habituellement silencieux, la sensibilisation des mastocytes présents au contact des terminaisons nerveuses sensitives digestives. Les stress psychologiques pourraient être un second facteur contribuant à l'apparition d'un syndrome de l'intestin irritable post-infectieux.

Parallèlement, les nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelle (PET-scan, imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) ont apporté des arguments pour une composante, au moins partiellement centrale, supra-spinale à l'hypersensibilité. Lors d'une distension rectale, certaines zones corticales comme la région limbique et cingulaire antérieure s'activent davantage chez les malades atteints de syndrome de l'intestin irritable que chez les témoins,



4 Représentation schématisée des voies nerveuses afférentes sympathiques d'origine digestive, qui sont essentielles pour la transmission des messages nociceptifs. Le premier neurone fait relais au niveau de la corne postérieure de la moelle. Le second neurone monte dans le faisceau spinothalamique controlatéral pour atteindre les zones corticales. Les fibres afférentes vagales empruntent le trajet du nerf pneumogastrique et projettent sur le noyau du tractus solitaire, via le ganglion plexiforme.

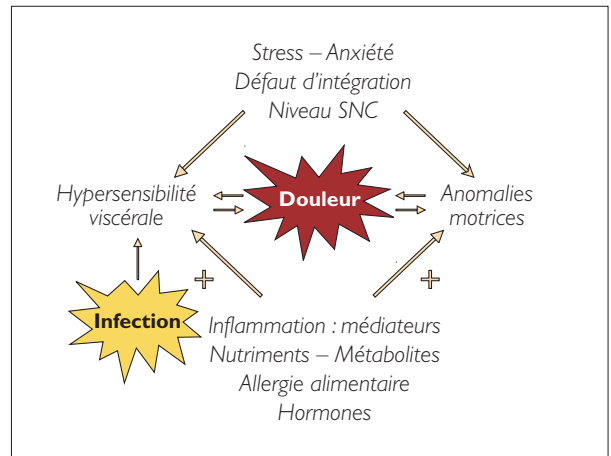
en même temps qu'existe un défaut d'activation des aires cérébrales normalement impliquées dans l'inhibition de la douleur. De plus, les patients avec syndrome de l'intestin irritable présentent un phénomène d'anticipation de la réponse douloureuse qui les conduit à rapporter une sensation douloureuse pour des stimulus de moindre intensité que les sujets normaux.

■ Trouble moteur et sensitif ?

Il est probablement simpliste de n'envisager que les seuls troubles sensitifs pour interpréter la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable, sans prendre en compte les anomalies de la motricité. En effet, du fait des interrelations entre motricité et sensibilité, des troubles de la sensibilité pourraient expliquer certains troubles moteurs et vice versa. Ainsi, des phénomènes moteurs, comme les phases III jéjunales ou les salves de contractions de la fig. 1, peuvent occasionner une douleur ou un simple inconfort, par le biais de l'hyperpression localisée qu'ils entraînent. Inversement, en raison des boucles sensitivo-motrices qui coordonnent le fonctionnement digestif, l'hyperexcitabilité des afférences sensitives peut déclencher des réactions motrices anormales, inhibitrices ou excitatrices. Une sensibilité excessive aux lipides a ainsi été récemment mise en avant pour expliquer la réponse motrice gastrocolique excessive dont souffrent certains patients avec syndrome de l'intestin irritable.

■ Influence des troubles psychologiques

Les aspects psychologiques du syndrome de l'intestin irritable ne peuvent être oubliés même si la prévalence des troubles psychiatriques au cours du syndrome de l'intestin irritable reste débattue. Il est établi qu'elle est supérieure à celle de la population générale dans le groupe des patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable qui consultent très régulièrement. D'autre part, une névrose d'angoisse ou phobique, un état dépressif sont des facteurs significativement associés à une plus grande sévérité des symptômes et à une moins bonne réponse au traitement. Il en est de même pour l'exposition à des événements stressants. Du fait des liens qui existent entre cerveau et système nerveux entérique, le terrain psychologique interfère avec la perception et l'intégration des informations sensitives d'origine digestive, en maintenant notamment un état d'hypervigilance à ces stimulus. La conception physiopathologique actuelle du syndrome de l'intestin irritable est résumée dans la fig. 5. Il s'agit d'une maladie multifactorielle qui implique à la fois des troubles de la sensibilité, des perturbations de la motricité et des facteurs psychologiques qui modulent l'expression clinique des troubles sensitifs et (ou) moteurs ainsi que leur vécu et qui conditionnent l'importance du recours aux soins.



5 **Représentation schématique de la conception actuelle de la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable avec les interrelations entre troubles sensitifs, troubles moteurs et facteurs psychologiques (selon M. Delvaux).**

TRAITEMENT

Il s'agit d'une étape souvent décevante pour le clinicien. Les moyens thérapeutiques sont médicamenteux ou psychologiques. Les guérisons ou les améliorations spectaculaires durables sont minoritaires.

■ Moyens thérapeutiques médicamenteux

1. Médicaments à effet antalgique

- **Antispasmodiques** : la logique de leur utilisation est la relation potentielle entre troubles moteurs digestifs et douleur abdominale. Ils demeurent le traitement de première intention même si les essais cliniques n'ont pas constamment observé une supériorité thérapeutique par rapport à l'effet placebo qui, dans cette affection, atteint 30 à 40 %. Certains antispasmodiques sont associés à des anxiolytiques (Librax, Vésadol). Parmi les antispasmodiques, seuls le chlorhydrate de mébévérine (Duspatalin), le bromure de pinavérium (Dicetel) et la trimébutine (Débridat) se sont révélés supérieurs au placebo. Le phloroglucinol (Spasfon) est surtout employé pour traiter les accès douloureux paroxystiques par la recherche d'une dose minimale, facilitée par l'utilisation de suspension buvable.
- **Les pansements gastro-intestinaux à base d'argile** (ex. : Bedelix, Smecta) font partie des moyens médicamenteux possibles même si leur efficacité réelle demande à être confirmée.
- **Les médicaments agissant sur la sensibilité viscérale** : cette approche pharmacologique est la plus récente et la plus prometteuse, depuis la démonstration d'une hypersensibilité viscérale chez près de 50 % des malades souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable. L'utilisation d'antidépresseurs tricycliques (Laroxyl, Tofranil) à faibles

doses apporte, chez certains malades, un bénéfice réel, avec des effets secondaires limités. L'effet symptomatique des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine demeure peu documenté. La recherche pharmacologique actuelle, basée sur le rôle des mastocytes et de la sérotonine dans la genèse de l'hypersensibilité, conduit à envisager l'utilisation d'antagonistes des récepteurs 5HT-3 (alosétron, cilansétron) ou d'agonistes 5HT-4 partiels (tegaserod) de la sérotonine pour soulager les malades. D'autres médicaments comme des antagonistes des tachykinines sont également à l'essai.

2. Médicaments régularisant le transit

• **Les laxatifs** cherchent à favoriser le transit et (ou) à ramollir les selles pour faciliter leur expulsion. Les laxatifs à base de polyéthylène glycol (Forlax, Movicol, Transipeg) et les laxatifs osmotiques à base de lactulose (Duphalac, Importal) sont les plus employés. Cette dernière classe, comme les mucilagineux à base de gomme (Spagula, Transilane) peut majorer la sensation de ballonnement abdominal.

• **Les antidiarrhéiques** sont essentiellement des opiacés synthétiques de type loperamide (Arestal, Imodium) qui agissent en inhibant la motricité et en augmentant la capacité du tube digestif à stocker les liquides.

3. Traitement du ballonnement abdominal

Aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité sur ce symptôme. Un essai thérapeutique peut être fait avec des médicaments contenant des agents comme le charbon ou le polysilane, non toxiques et peu onéreux.

Utilité d'un régime ?

Il n'existe aucun argument formel pour proposer d'exclure tel ou tel type d'aliment pour soulager les symptômes. L'enrichissement en fibres a comme seul effet d'améliorer une constipation, sans modifier la douleur. Aux doses efficaces (15 g de fibres par jour) cet enrichissement peut avoir des effets délétères très nets avec une majoration du ballonnement abdominal. Il convient donc d'être prudent dans les recommandations diététiques et d'encourager un régime le plus large possible afin d'éviter notamment un régime d'exclusion, trop strictement suivi par des malades obsessionnels et aboutissant à des troubles nutritionnels.

Prise en charge psychologique

Dans cette maladie multifactorielle, où le système nerveux central joue un rôle important, notamment dans la genèse de l'hypersensibilité, cette approche ne peut être négligée. Ses résultats sont encore très mal évalués, mais quelques essais suggèrent qu'elle pourrait augmenter le nombre de malades améliorés par le traitement médicamenteux. L'hypnose, la relaxation, la sophrologie, des entretiens avec un(e) psychologue, la participation à un groupe de parole pour verbaliser les difficultés émotionnelles et (ou) affectives, sont autant d'alternatives. Des

anxiolytiques ou des antidépresseurs, à doses faibles peuvent être utiles pour leurs effets psychologiques, cette fois, et non antalgiques.

Indications thérapeutiques

L'important est d'écouter et de rassurer le patient, en lui faisant comprendre qu'il est cru malgré l'absence de données objectives et que ses symptômes (notamment sa douleur) sont perçus comme bien réels. Les antispasmodiques et un traitement des troubles du transit correspondent, pour l'instant, au schéma thérapeutique de 1^{re} intention, qui peut être suffisant. L'arrivée des médicaments à action sensitive viscérale pourra modifier cet état de fait.

Chez les malades ayant des symptômes anciens, chez ceux exposés régulièrement à des stress psychologiques (notamment dans leur travail) et ceux ayant dans leur histoire des événements de vie majeurs douloureux (divorce, deuil, histoire d'abus sexuel qui est identifiée chez près des 30 % des malades...), ce traitement de 1^{re} intention est souvent seulement transitoirement efficace. Chez de tels malades, chez qui la symptomatologie correspond souvent à une demande d'aide pour un important mal de vivre (les « mots de ventre »), une prise en charge psychologique et le recours à des antidépresseurs ou des anxiolytiques, sont alors nécessaires. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

Frexinos J, Denis P, Allemend H, Allouche S, Los F, Bonnelye G. Étude descriptive des symptômes fonctionnels digestifs dans la population générale française. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 : 789-91.

Lemann M, Coffin B, Chollet R, Jian R. La sensibilité viscérale. Méthodes d'études et implications physiopathologiques. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19 : 270-81.

Points Forts à retenir

- La connaissance de la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable a progressé, notamment avec l'exploration possible des voies de la sensibilité viscérale.
- La prise en charge actuelle du syndrome de l'intestin irritable repose essentiellement sur la qualité de la relation médecin-malade et sur seulement quelques médicaments réellement efficaces.
- Le développement de médicaments agissant sur la sensibilité viscérale et le recours à une prise en charge comportementale dans les cas les plus sévères de syndrome de l'intestin irritable, sont les deux évolutions importantes actuelles.